

様式 2

第 号

フグ取扱施設の届出確認済証

届出者氏名（法人名称）

年 月 日付けで届出の下記営業施設は、佐賀県フグによる事故防止対策実施要綱第 3 条第 2 項の規定により、フグ取扱施設として届け出られたことを確認した。

年 月 日

佐 賀 県

保健福祉事務所長 印

記

- 1 営業施設の名称

- 2 営業施設の所在地

- 4 主たるフグ取扱者氏名

- 5 主たる仕入れ先の営業所所在地及び氏名又は名称